LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Traitement local et traitement sérumthérapique dans la diphtérie, par le Dr de Crésantignes, 705. — **Bibliographie** : Le massage. Manuel théorique et pratique, par le Dr Georges Berne, 707. — **Revue de la presse** : Effets physiologiques du bicarbonate de soude, 708. — **Académie de médecine** : *Séance du 6 novembre* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Première application du mensurateur levier préhenseur de Farabeuf, 709. — Tractions rythmées de la langue, 709. — Prix de l'hygiène de l'enfance, 709. — Pathogénie des inflammations mercurielles des muqueuses, 709. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 2 novembre* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Curabilité de la morphinomanie à l'hôpital, 709. — Sur les érythèmes infectieux, 709. — **Congrès français de chirurgie**, 8e session tenue à Lyon, du 9 au 13 octobre. — La contagion du cancer, 710. — Cancer et grossesses, 710. — Cancer et viande de porc, 710. — Traitement du cancer, 710. — Leucoplasie et épithélioma, 710. — De l'épithélioma, 711. — Vingt-deux cas d'appendicite ; remarques sur le diagnostic et le traitement, 711. — Périty phlite expérimentale ; quelques recherches sur le mécanisme de la perforation de l'appendice, 711. — De la voie vaginale dans les excisions pour rétrécissement non cancéreux du rectum, 712. — Orthophonie méthodique consécutive aux staphylorraphies, 712. — **Premier Congrès français de médecine interne**, tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894, sous la présidence de M. le prof. Potain. — 3e *séance à 2 heures du soir* (suite). — Etiologie et pathogénie du diabète, (suite), 712. — Du diabète pancréatique dans ses rapports avec l'hépatisme, 714. — Un cas de diabète chez un enfant de 14 ans, 714. — La contagion du diabète, 715. — Diabète pancréatique d'origine infectieuse, 715. — Angine de poitrine diabétique, 715. — **Société de chirurgie** : *Séance du 7 novembre* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Hydronéphrose congénitale ; ablation chez un enfant de 2 ans ; guérison, 716. — Cystostomie ; indications et résultats, 716. — Diverticule de Meckel faisant hernie ombilicale. Résection. Guérison, 716. — Ulcération d'un moignon conique. Traitement par greffe autoplastique de la jambe saine, 716. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 29 juin* 1894. — Présidence de M. Ferrand, 716. — **Variétés** : Médecins et sociétés de secours mutuels, 717. — **Nouvelles**, 718.

CLINIQUE MÉDICALE

—

Traitement local et traitement sérumthérapique dans la diphtérie,

Par le Dr de Crésantignes (1).

Les résultats obtenus jusqu'à ce jour par le traitement sérumthérapique de la diphtérie sont trop constants pour ne pas entraîner la conviction générale.

Au moment où, pour ma part, je suis décidé à m'engager dans cette voie nouvelle, pleine de si belles promesses, il m'a semblé intéressant de passer en revue les résultats que m'a donnés l'application du traitement local, puis d'analyser les conditions d'efficacité de la méthode sérumthérapique, enfin de dégager de cette étude quelle devrait être, à mon sens, la conduite à tenir.

I. — Depuis 1889, époque à laquelle j'ai adopté la méthode de Gaucher, j'ai soigné environ 70 cas d'angine pseudo-membraneuse. Mais, comme, pour un certain nombre de ces cas, je n'ai pas acquis la preuve qu'il s'agissait bien du bacille de Klebs-Löffler, je n'en veux retenir que 40, parce que ceux-ci se rapportent à des diphtéries bien avérées, la nature de la maladie ayant été démontrée soit par l'examen bactériologique, soit par des faits de contagion très concluants. (Je ne compte pas non plus 6 cas dans lesquels j'ai été appelé à voir en consultation des malades déjà très intoxiqués, dont les voies respiratoires étaient complètement prises et ne permettaient pas, par conséquent, l'application d'un traitement local.)

Les 40 cas que je mets en ligne m'ont donné 1 insuccès et 39 guérisons.

L'insuccès concerne un enfant de moins de trois ans chez lequel, par suite de diverses circonstances, je fus amené à n'instituer qu'un traitement mitigé. La diphtérie, d'abord pharyngée, gagna les voies respiratoires et nécessita la trachéotomie, pratiquée par notre collègue M. Monnier avec son habileté bien connue. L'enfant mourut d'intoxication diphtérique.

Parmi les 39 cas de guérison, je relaterai brièvement ceux qui ont présenté un intérêt particulier.

Dans deux de mes observations, une diphtérie, pharyngée au début, s'étendit au larynx. La première est celle d'un enfant de 22 mois, déjà rapportée par moi en 1889 (*France médicale*, n° 90). Ce n'est que dix-sept jours après le début de la maladie qu'il présenta les symptômes du croup; il fut trachéotomisé et guérit. Le traitement local avait été institué avec énergie au début de la maladie, puis abandonné plus tard en raison de la faiblesse de l'enfant. Néanmoins, je ne puis m'empêcher de penser que l'extension au larynx a été retardée par les soins locaux donnés au pharynx et que la virulence des bacilles a dû également être atténuée de ce fait. — La seconde observation de croup se rapporte à un enfant encore plus jeune : 15 mois. Diphtérie prolongée ; pseudo-membranes se reproduisant avec persistance sur les amygdales, les piliers, la paroi postérieure du pharynx ; il y en avait sur la face interne des joues, les lèvres et dans les fosses nasales. Cependant le traitement avait été exécuté par les

(1) Communication faite à la Société médicale du VIIe arrondissement.

parents avec une persévérance, une exactitude et une intelligence rares. Au bout de trois semaines, chez cet enfant, le larynx fut pris, mais l'obstruction ne fut pas suffisante pour nécessiter la trachéotomie. La maladie se termina par la guérison, mais elle ne se fit pas attendre moins d'un mois.

Comme pour l'enfant dont l'histoire précède, je pense que le traitement a pu retarder le moment où le larynx a été envahi et amener une diminution dans la vitalité et la virulence des bacilles. Je ne veux pas quitter encore ce petit malade sans rapporter ce fait curieux : bien qu'il ait été réveillé ponctuellement pendant un mois toutes les heures de jour et de nuit, bien qu'il ait subi un traitement réputé à juste titre comme des plus fatigants, il s'est remis à marcher aussitôt que sa maladie a été terminée.

Un autre cas intéressant concerne une fillette de 7 ans, dont j'ai déjà relaté l'observation en 1889 (*France médicale*, n° 90). Diphtérie grave : fausses membranes très étendues, occupant les fosses nasales, le pharynx entier, la bouche; adénites cervicales volumineuses avec empâtement; albumine à flots; teint plombé, etc. Le traitement entrepris tardivement, sans grand espoir, m'a donné un de mes plus beaux succès. Dès les premiers pansements, la diminution des ganglions du cou et du gonflement prouva de la façon la plus évidente l'heureuse influence du traitement local.

Il en fut de même dans l'observation suivante. Un adulte me consulta au sujet d'une blennorrhagie récente, puis, très accessoirement, me pria de regarder sa gorge où il ressentait une gêne légère. Sur une des amygdales il y avait un petit point blanc, du diamètre d'un grain de millet; croyant à un produit pultacé, je prescrivis un gargarisme anodin. Le surlendemain matin je fus rappelé et quelle ne fut pas ma surprise en constatant que le petit point blanc était devenu une large plaque épaisse, de 7 à 8 centimètres de diamètre, couvrant l'amygdale, les piliers, le voile de palais et une bonne partie de la paroi postérieure du pharynx; sur l'amygdale opposée s'était développée une autre fausse membrane; les ganglions du cou étaient très volumineux. L'examen bactériologique démontra qu'il s'agissait de bacilles de Klebs-Löffler associés à de nombreux streptocoques. La maladie nettement influencée et enrayée par le traitement local, guérit au bout d'une dizaine de jours; une paralysie oculaire survint trois semaines après. (1)

Les autres cas de diphtérie étaient de gravité légère ou moyenne et ils sont restés tels, grâce au traitement. Début presque toujours par les tonsilles, trois fois seulement par les fosses nasales; extension plus ou moins grande aux autres parties du pharynx, mais prolifération visiblement combattue; état général peu atteint; rarement de l'albumine, pas de complications viscérales; guérison au bout de six à douze jours (sauf dans deux cas de diphtérie prolongée, dont un cité plus haut); quelques paralysies consécutives, limitées, ayant guéri dans les délais habituels.

Il m'est impossible de ne pas voir dans l'évolution de ces faits cliniques le résultat du combat que nous livrons sans relâche aux bacilles. Je sais bien que sur le nombre, des guérisons se seraient produites, même spontanément, mais on m'accordera bien que quelques cas auraient évolué vers une terminaison funeste. J'ai gardé le souvenir de faits lamentables — observés en dehors de ma clientèle — dans lesquels la maladie avait eu un début si léger que de simples gargarismes ou quelques applications d'un collutoire anodin avaient paru suffisants, puis au bout de quelques jours, le larynx avait été pris, l'état général était devenu mauvais et le malade avait succombé!

De mon expérience relative au traitement de la diphtérie par la méthode de Gaucher, je suis en droit de formuler les conclusions suivantes :

A. — Dans les cas d'angine diphtérique, lorsque l'intoxication n'a pas dépassé certaines limites, le traitement local est presque toujours efficace; en diminuant mécaniquement le nombre tant des bacilles spécifiques que des microbes associés dont la présence est un facteur de gravité, en agissant sur la vitalité de ceux qui restent, au moyen des applications antiseptiques, il s'oppose à l'extension des fausses membranes et restreint indubitablement le passage dans l'organisme de la quantité des poisons fabriqués aussi bien par les bacilles diphtériques que par les microbes associés (streptocoques, staphylocoques, etc.).

B. — Le jeune âge des enfants est une condition défavorable à l'application de la méthode; néanmoins, même quand le traitement n'a pas empêché les voies respiratoires de se prendre, il n'en est pas moins vrai qu'il a exercé une influence retardante sur le moment où ces organes ont été envahis et souvent la guérison ne survient que de ce fait.

C. — Le temps et les résultats acquis ont fait complètement justice des reproches adressés à la méthode de Gaucher d'être dangereuse parce que, — suivant le cliché consacré, — « elle ouvrait de nouvelles portes à l'infection »; on doit convenir en revanche que c'est là un traitement pénible dans son application, autant pour le malade que pour son entourage et pour le médecin lui-même, en raison de la fatigue qu'il impose à tous.

Mais le seul point vraiment défectueux de la méthode est de nous laisser désarmés contre les formes rapidement toxiques, désarmés contre les diphtéries à fausses membranes inaccessibles.

II. — En analysant les documents du mémoire de M. Roux, on n'a pas de peine à reconnaître que la mé-

(1) Je note cette particularité intéressante que, dès le lendemain du début de la diphtérie, l'écoulement blennorrhagique, qui était typique, cessa complètement et ne reparut qu'un mois plus tard, très léger et pendant quelques jours seulement.

node sérumthérapique l'emporte de beaucoup sur autre.

Facile à appliquer, elle enraie la maladie dont elle brège singulièrement la durée. Son action s'exerce même quand les fausses membranes occupent les prelières voies respiratoires. De plus, le sérum antiphtérique possède des propriétés préventives qui ermettent de soustraire aux chances de contagion les ersonnes en contact plus ou moins direct avec le alade.

La méthode ne guérit pas toujours cependant, comme reconnaît M. Roux. Elle ne peut rien contre les rmes rapidement toxiques; et même dans les formes marche moyenne, elle doit être appliquée de bonne ure. Il n'y a rien à espérer non plus dans ces cas où s ramifications bronchiques sont obstruées par les eudo-membranes. Enfin — et j'appelle l'attention sur point — le sérum n'agit que difficilement sur les phtéries avec associations, parce qu'il n'est pas effice contre les microbes associés au bacille diphtéque, ni contre les produits toxiques de ces microbes.

III. — Le bilan des deux méthodes étant nettement abli de part et d'autre, il me paraît facile d'en tirer s conclusions pratiques.

Puisque le traitement local est capable d'agir non ulement contre les bacilles spécifiques, mais encore ntre les microbes associés, puisque, de ce fait, il est ssible de restreindre la production des toxines, quelle e soit leur origine, je pense qu'on doit au moins au out faire au traitement local, quand ce sera possible, st-à-dire dans la grande majorité des cas, une place n plus large que celle concédée par M. Roux, tout en ployant parallèlement le traitement sérumthéraique. Si le sublimé et l'acide phénique méritent d'être scrits en raison de la susceptibilité toute spéciale présenteraient aux intoxications les enfants traités la nouvelle méthode ou de l'action neutralisante exerceraient ces substances sur le sérum, il nous te l'acide salicylique auquel M. Roux ne reconnaît semblables inconvénients. Mais ne nous contentons de quelques attouchements et de 2 ou 3 irrigations vingt-quatre heures : instituons un traitement local *eux*, en attendant le moment où l'action du sérum manifeste. Il est, selon moi, nécessaire pour cela pratiquer, au début, à plusieurs reprises, mais avec ceur, l'ablation des fausses membranes, puis de cher avec le collutoire salicylé, enfin de faire des gations toutes les heures le jour, toutes les deux res au moins, la nuit. En agissant ainsi, ne répon-t-on pas à l'un des desiderata de la nouvelle mée et n'étendra-t-on pas les limites de sa sphère tion, en augmentant la durée du temps pendant el elle peut agir efficacement?

r cette conduite prudente, le clinicien mettra de côté toutes les chances de succès et s'assurera en e temps contre les déceptions et les surprises auxles peut donner lieu parfois une méthode si mystérieuse encore dans son mode d'action. Un exemple m'est fourni par le travail de M. Roux. Il nous dit : « Une quantité de sérum antidiphtérique amplement « suffisante à préserver contre une dose mortelle de « virus ou de toxine des cobayes neufs ne retarde pas « la mort de cobayes de même poids qui ont subi des « inoculations antérieures dont ils sont parfaitement « remis... Ces faits montrent l'influence que peut avoir « une maladie antérieure qui ne laisse pas de traces « apparentes, sur la réceptivité à l'égard des virus et « sur la sensibilité vis-à-vis des substances toxiques... « Les cellules bien vivaces des cobayes neufs répondent « à la stimulation du sérum et sont comme indifférentes « à l'empoisonnement, tandis que celles des cobayes « déjà impressionnés par les produits microbiens ne « résistent pas à la toxine. » Il en résulte, s'il en est pour l'homme comme pour le cobaye, qu'un malade ayant été atteint antérieurement d'une diphtérie, ou peut-être d'une autre maladie virulente, ne saurait trouver la guérison, au moins par les doses ordinaires de sérum, — et qu'il aurait été fâcheux, dans un cas semblable, d'avoir négligé le traitement local.

Rappelons-nous aussi que certaines angines pseudo-membraneuses, cliniquement semblables aux angines diphtériques, mais produites par d'autres microbes que le bacille de Klebs-Löffler, n'en sont pas moins pour cela parfois mortelles. Si donc nous nous réduisions exclusivement au traitement sérumthérapique, en attendant le moment où, vingt-quatre heures au moins s'étant écoulées, l'examen bactériologique des colonies développées sur le milieu de culture après ensemencement aura fait reconnaître qu'il ne s'agissait pas de diphtérie, nous aurions perdu un temps précieux, le sérum antitoxique n'ayant pas d'action en pareil cas, tandis que le traitement local est efficace.

Pour toutes ces raisons, sans compter celles d'ordre purement matériel, résultant de la difficulté que l'on pourrait éprouver à se procurer immédiatement, dans certaines circonstances, du sérum antidiphtérique, je pense que, tout en appliquant la nouvelle méthode, il ne faudra pas renoncer, quand cela est possible, aux bénéfices du traitement local.

J'ai eu la satisfaction de voir que cette opinion, qui est celle de beaucoup de médecins, a été exprimée en termes excellents par M. Lereboullet dans un article récent de la *Gazette Hebdomadaire* (n° 41-1894).

BIBLIOGRAPHIE

Le Massage. Manuel théorique et pratique, par le Dr Georges Berne.—Rueff et Cie, édit., Paris, 1894.

Il y a déjà quelque temps que le livre de notre ami Georges Berne a paru et, certes, ce que je vais en dire aura été l'impression de nombreux lecteurs qui ont su y puiser les notions trop peu connues de la « massothérapie ». Le massage n'est plus le massage, il est devenu

sous la plume de Georges Berne, la massothérapie. Dans l'introduction, l'auteur nous fait bien remarquer la distinction et nous la comprenons encore mieux quand nous trouvons plus loin les qualités requises pour pouvoir aspirer au titre de massothérapeute.

Qualités physiques, qualités intellectuelles, acquit scientifique, érudition universelle, tels sont les éléments qui doivent se trouver réunis chez le même individu, pour lui permettre d'exercer la massothérapie.

Il faut la main, le bras, la vigueur musculaire. Les femmes ont la main trop grêle, trop fragile, l'éminence thénar trop plate pour effleurer, pour pétrir, pour presser. Le bras doit être musclé, pour agir avec vigueur et résister à la fatigue prolongée des manœuvres massothérapiques; il doit aussi être bien fait, pour être agréable à voir pendant que, nu, il se découvre aux yeux du patient. Il faut les qualités intellectuelles, pour charmer le même patient par une conversation intéressante, étincelante, ensorcelante, pendant qu'il livre un membre endolori à des pressions souvent pénibles. Il faut l'acquit scientifique, qui distingue l'homme du monde massothérapeute du rebouteur, de l'empirique qui « pétrit, percute et mobilise à tort et à travers, au petit bonheur ». Il faut une érudition universelle pour savoir, quand il est nécessaire, appliquer le système du Cong-Ton, les méthodes des Mulgaradocks de la Nouvelle-Hollande, celles des sorciers africains, des naturels de l'île Tonga, pour connaître les manœuvres rapportées dans le San-Tsaï-Ton-Hoeï, dans l'Ayur-Veda, — j'en passe et des meilleures.

On le voit *non licet omnibus adire Corinthum* et M. Georges Berne, massothérapeuthe distingué, le dit lui-même, pour retirer du massage « tous les effets avantageux qu'il peut fournir, il faut *absolument* qu'il soit pratiqué par un *médecin instruit*, expérimenté. Il est indispensable de posséder une connaissance exacte du diagnostic et du pronostic des maladies. La lecture des traités spéciaux ne suffit pas». La technique opératoire comprend l'effleurage, le pétrissage, les percussions, les mouvements.

Nous passons, avec M. Georges Berne, tous ces procédés en revue et des gravures nous font comprendre toutes les finesses de ces manœuvres délicates, variées, et qui sont, paraît-il, beaucoup moins simples que leur description ou leur représentation iconographique ne pourrait le laisser supposer.

M. Georges Berne insiste, avec juste raison, sur la priorité de ses travaux dans le traitement des fractures par la massothérapie, puis il nous renseigne sur la manière d'obtenir de véritables miracles dans le traitement des entorses, des arthrites, des périarthrites, de l'hydarthrose, par la méthode de l'éclatement, — qui sont le triomphe de la massothérapie.

Les nouvelles conquêtes de la massothérapie sont nombreuses et c'est avec le plus grand intérêt que nous avons trouvé la guérison de la constipation, d'affections de l'appareil circulatoire, de certaines affections générales, à côté desquelles se trouvent étudiées les affections du nez, du larynx, de l'appareil auditif, du pharynx.

Je n'exprimerai qu'une désillusion, j'espérais trouver une opinion autorisée, comme le serait celle du Dr Berne eu égard au massage gynécologique; mais je n'ai trouvé que l'expression des travaux antérieurs, le Dr Berne nous apprenant qu'il ne pratique pas ce massage.

A la fin du livre se trouvent tout un véritable atlas de planches, nous indiquant les divers mouvements qui constituent la gymnastique empruntée au traité de Rebmayr. Il y a là toute une série de planches qui reproduisent toutes les variétés classiques de mouvements actifs. •

Le beau et bon livre du Dr Georges Berne fait regretter, en nous renseignant sur toute l'excellence de la massothérapie, sur les merveilleux résultats que l'on en obtient, de ne pas être suffisamment *doué* pour la mettre en pratique. Et cependant il suffirait d'étudier son livre avec soin et peut-être pourrait-on arriver... mais il ne faut pas être fat...

Ne forçons point notre talent... a dit le fabuliste.

F. Verchère.

REVUE DE LA PRESSE

Effets physiologiques du bicarbonate de soude. — Deux élèves du professeur Tchiidnovsky (de Saint-Pétersbourg), les Drs Azarevitch et Leplinsky, viennent de faire leur thèse sur ce sujet. Ils donnent les résultats des expériences qu'ils ont faites sur 13 hommes bien portants, y compris eux-mêmes, âgés de 19 à 35 ans. Dans chaque cas l'observation a porté sur quatorze jours consécutifs et a été divisée en deux périodes de même longueur. Pendant une de ces périodes, le sujet prenait chaque jour 5 grammes de bicarbonate de soude chimiquement pur, la première moitié de cette dose était ingérée une heure avant le dîner, la seconde moitié trois ou quatre heures après le repas. Chaque fois le sujet buvait 50 centimètres cubes d'eau immédiatement après avoir pris sa poudre. La nourriture consistait toujours en viande de boucherie, lait, beurre, pain blanc, thé avec sucre et sel. Les principaux points qui découlent de ces recherches peuvent être résumés ainsi :

1° Sous l'influence du bicarbonate de soude à la dose indiquée ci-dessus, l'assimilation des aliments azotés s'améliore légèrement;

2° Le métabolisme azoté décroît un peu;

3° L'oxydation des aliments protéiques devient plus complète;

4° L'assimilation des aliments gras n'est pas modifiée.

5° Il en est de même de la proportion d'eau dans les garde-robes, de la quantité journalière et de la den-

sité de l'urine et des parties éliminées par la peau et par le poumon ;

6° Les urines deviennent moins acides et quelquefois même alcalines.

Le poids du corps paraît tendre à augmenter légèrement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

La correspondance comprend un pli cacheté de M. Paul Riche, interne des hôpitaux, sur une nouvelle conception de la maladie de Basedow (*accepté*).

Première application du mensurateur levier préhenseur de Farabeuf. — M. Pinard. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire; un premier enfant bien développé était né spontanément. Néanmoins la tête du second, plus gros, était retenue au-dessus du détroit supérieur depuis six heures. Je vérifiai que du sous-pubis à la suture sagittale il y avait un peu plus de 7 centimètres et, du plancher osseux sacré au pôle descendant, trois grands travers de doigt. La tête était donc inclinée sur le pariétal antérieur.

Ayant reçu et stérilisé le mensurateur levier préhenseur, je commençai l'application ; sept minutes après l'enfant vivait.

Tractions rythmées de la langue. — M. Périer rapporte un cas de rappel à la vie chez un enfant de quinze jours anesthésié par le chloroforme pour être opéré d'un spina bifida.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — M. Charpentier lit un rapport sur les six mémoires envoyés pour ce prix.

Pathogénie des inflammations mercurielles des muqueuses. — M. Dujardin-Beaumetz lit, au nom de M. Gariel, absent, un rapport sur un travail de M. Maurel, de Toulouse.

A 4 h. 20 l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions de rapports de prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 novembre 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Curabilité de la morphinomanie à l'hôpital. — M. Comby. Il s'agit d'une jeune femme, morphinomane depuis cinq ans, et de son mari, intoxiqué de la même manière depuis trois ans. Après quelques jours de malaise, les malades ont repris le dessus et sont actuellement bien portants. La suppression de la morphine a été accomplie non sans difficulté, mais sans danger, en moins d'une semaine. Quand on veut agir avec résolution et suivre de près les malades qu'on traite, on peut arriver assez facilement et assez rapidement à guérir la morphinomanie, quel que soit le milieu dans lequel on se trouve placé.

Sur les érythèmes infectieux. — M. Le Gendre. Je ne puis me rallier à l'opinion de M. Siredey, quand il dit que la plupart des érythèmes infectieux peuvent être rapportés à l'ingestion des médicaments. Les cas que j'ai observés vont justement à l'encontre de cette manière de voir; les malades atteints d'érythème scarlatiniforme que j'ai vus n'avaient été soumis à aucune thérapeutique, et principalement à l'ingestion des mercuriaux. Je crois qu'il vaut mieux croire à l'influence des toxines infectieuses.

M. Siredey. J'ai simplement dit : « *la grande majorité* des érythèmes infectieux sont d'origine médicamenteuse et je n'ai pas dit *tous* les érythèmes ». De plus, je crois que toutes les substances peuvent donner des éruptions, même le benzo-naphtol. L'opium et tous les alcaloïdes peuvent agir de même... Mais il faut ajouter que les malades qui présentent ces éruptions sont spéciaux, en ce sens qu'il leur suffit d'une très minime quantité de médicaments pour qu'ils voient survenir une éruption. Il y a là une question de thérapeutique intéressante.

M. Rendu. Bien souvent l'état du rein doit être surveillé de près. Je me souviens d'un fait qui, à cet égard, mérite d'être rappelé. Il s'agit d'un homme qui semblait atteint de pyélite ; je lui prescrivis de la térébenthine à doses faibles. Deux ou trois jours après, ce malade était pris d'une éruption scarlatiniforme, il tomba dans le coma et mourut.

On s'aperçut à l'autopsie qu'il s'agissait d'un rein kystique, fonctionnant mal.

M. Comby. Je crois que les érythèmes desquamatifs sont plus fréquents dans la fièvre typhoïde qu'on ne le croit. Un médecin de Lyon, M. Weil, m'a en effet montré beaucoup de ces cas dans son service. Il est vrai que je ne l'ai pas vu si fréquemment dans nos services parisiens.

M. Hayem. Il y a dans ces faits certaines contradictions qui peuvent s'expliquer. Ce que nous savons de plus net, c'est que ces éruptions paraissent être dues à des produits toxiques formés dans l'organisme. Or, il y a probablement un lien entre les faits où il y a absorption de médicament et les autres. Est-ce, en effet, l'action médicamenteuse qui produit l'éruption ? Pour ma part, j'en doute, car les éruptions médicamenteuses sont sensiblement les mêmes pour les médicaments les plus différents. Or, je crois qu'on peut faire une hypothèse à ce sujet. L'absorption médicamenteuse fait naître une variété de gastrite, de la gastrite médicamenteuse. Cette gastrite doit favoriser l'absorption des principes toxiques qui existent dans le tube digestif, et qui existent d'autant plus que l'individu est au cours d'une fièvre typhoïde, par exemple.

Il n'y aurait donc pas contradiction entre les faits observés par M. Siredey et ceux de M. Le Gendre. Cette hypothèse que je propose ferait de la gastrite médicamenteuse la porte d'entrée, le moyen de l'absorption de ces médicaments.

M. Siredey. Cette théorie est très séduisante pour les faits d'absorption par ingestion, mais ne semble pas s'appliquer aux faits d'origine externe.

M. Hayem. Malgré cette apparente contradiction, je crois que la facilité qu'ont certains malades de présenter une éruption sous une influence extérieure, est peut-être due à un mauvais fonctionnement du tube digestif qui entretient une sorte d'intoxication chronique. Par conséquent, peut être ma théorie peut-elle s'appliquer même aux cas d'éruption d'origine médicamenteuse externe.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

8e session tenue à Lyon, du 9 août au 13 octobre.

—

La contagion du cancer. — M. O. Guelliot (Reims). L'agitation qu'a soulevée depuis quelques années la question de la contagiosité du cancer a mis au jour un certain nombre de faits favorables à cette hypothèse; nous en avons réuni pour notre part une quarantaine dans une enquête commencée en 1891. Il en résulte :

1° Que les affections cancéreuses sont inégalement réparties dans des régions voisines et que ni l'hérédité, ni la consanguinité ne suffisent à expliquer ces taches cancéreuses ;

2° Qu'il existe de véritables maisons à cancer dont les habitants, sans aucun lien de parenté, sont successivement ou simultanément atteints de tumeurs malignes ;

3° Que les observations du cancer frappant deux conjoints ou deux personnes en continuelle cohabitation sont relativement fréquentes : sur une centaine d'observations publiées ou inédites de ces cancers à deux, 85 fois il s'agit de cancers conjugaux ; 8 fois le cancer est apparu chez des médecins, soignant spécialement des cancéreux, etc.

Toutes ces observations imposent l'idée de transmission directe ou indirecte du cancer, qui évolue comme une maladie infectieuse : incubation moyenne de quelques mois, à deux ans, localisation primitive, puis généralisation.

Cette notion n'a rien d'effrayant. Elle substitue à l'inconnu ou à la fatalité de l'hérédité, la connaissance d'un danger tout contingent et laisse entrevoir des moyens prophylactiques efficaces.

Cancer et grossesse. — M. Delore (de Lyon) a observé plusieurs cas de cancer qui se sont développés chez des femmes de cancéreux, à la suite d'une grossesse ; il croit que dans les cas de cancers conjugaux, l'organisme du mari agit sur l'organisme de la femme par l'intermédiaire du fœtus.

Cancer et viande de porc. — M. Bauby (de Toulouse). On a accusé la viande de porc de produire le cancer. M. le prof. Verneuil a observé quelques cas en faveur de cette hypothèse. Dans les environs de Toulouse j'ai pu observer un pays où la viande de porc constitue à peu près l'alimentation exclusive du pays. Il résulte de mes recherches :

1° Que le porc est rarement atteint de cancer (plus rarement que le chien, le chat, le bœuf, le cheval). Il est surtout atteint de sarcome ;

2° Que les mangeurs de porc ne sont pas plus souvent atteints de cancer que les autres; et réciproquement que les cancéreux ne sont pas particulièrement des gens qui se nourrissent de porc. J'ai même observé un cancer de la langue chez un trappiste absolument végétarien ;

3° Aux environs de Toulouse, au point de vue de la viande de porc, on peut diviser le pays en deux régions : la région des plaines où l'on fait usage de légumes et de viandes de bœuf et de mouton ; la région des montagnes où l'on mange beaucoup de cochon. Or, le cancer est bien plus fréquent dans la plaine, et mes confrères des cantons pyrénéens, à qui j'ai écrit, m'ont tous répondu : « Ici, on mange beaucoup de cochon, et on voit peu de cancers » ;

4° En nourrissant des chats exclusivement avec du porc, ils ont maigri et sont morts. A l'autopsie aucune localisation cancéreuse.

M Baumgarten (de Buda-Pesth). J'ai soigné, en Hongrie, des populations différentes, mais cohabitant ; les Hongrois qui mangent du porc et les Juifs et les Turcs qui n'en mangent jamais. Les trois races sont à peu près également atteintes de cancer.

Traitement du cancer. — M. Schmeltz (de Nice). Frappé des récidives fréquentes du cancer, après l'opération, j'ai cherché une autre voie. On réussit peu avec le bistouri seul pour deux raisons. Il est difficile de bien enlever tout le mal. Ensuite l'opération laisse quantité de capillaires, de lymphatiques, de veines perméables, et s'il reste dans la plaie des produits cancéreux ils sont résorbés par toutes ces voies.

J'ai remarqué, en outre, que l'on s'ingéniait à conserver le plus de peau possible afin de pouvoir fermer la plaie. Comme cette surface cutanée est souvent infestée, la récidive s'y produit très rapidement. On remarque fréquemment, au bout d'un temps court, des noyaux de récidive aux points traversés par l'aiguille à suture. Je résolus donc de conserver le moins de peau possible. J'avais aussi observé que la récidive se montrait aux endroits de la plaie où l'on avait appliqué les ligatures. Les ligatures en serrant les parties contaminées les irritent. Je ne fis plus de ligatures.

Pour fermer les voies ouvertes par le bistouri et en même temps pour détruire les parcelles cancéreuses pouvant encore se trouver dans la plaie, quand l'opération est terminée, je recouvre toute la plaie d'une plaque chlorurée très peu épaisse. Je laisse cette plaque pendant vingt-quatre heures. La plaie est alors partout cautérisée. L'escharre tombe peu après. Une plaie granuleuse d'un excellent aspect se présente à l'œil et la guérison s'obtient très vite à l'aide du plus simple des pansements.

Leucoplasie et épithélioma. — M. le professeur Le Dentu (de Paris). L'épithélioma doit-il être considéré comme la terminaison normale de la leucoplasie buccale, ou n'est-il qu'un accident, une complication accidentelle de cette maladie? C'est ce que je vais examiner au point de vue anatomique et au point de vue clinique.

L'anatomie pathologique de la leucoplasie, d'après MM. Vidal et Leloir (de Lille), montre que cette maladie est surtout caractérisée par la dégénérescence cornée de l'épithélium lingual, avec, mais secondairement, sclérose et épaississement du derme, avec atrophie des vaisseaux. Mais il arrive que cette plaque s'ulcère ou se fissure; des bords de la fissure se détachent des cellules qui pénètrent dans le derme et s'infiltrent peu à peu. Les caractères de l'épithélioma proprement dit n'arrivent que progressivement. Dans les cas opérés d'une façon précoce, il y a seulement dégénérescence papillomateuse, sans prolongements cellulaires infectants; mais bientôt, on trouve sous les papilles hypertrophiées des traînées de cellules qui ont bien le caractère des cellules cancéreuses.

Au point de vue clinique, on a observé depuis longtemps que la leucoplasie constituait une prédisposition à l'épithélioma. Il y a à noter que, dans les cas de leucoplasie à la fois buccale et linguale, les plaques de la langue sont seules atteintes de cancer. celles des joues et des lèvres ne dégénèrent pas habituellement.

Il faut noter aussi qu'il arrive souvent que les plaques opérées, même épithéliomateuses nettement, restent guéries alors qu'une plaque qu'on a laissé évoluer subissait la dégénérescence épithéliale. Or, il est excessivement rare que les autres ulcérations de la langue donnent naissance à de

l'épithélioma. Je crois donc qu'il y a dans la leucoplasie une prédisposition évidente à l'épithélioma.

Au point de vue des récidives, j'ai vu des cas extrêmes avec tous les intermédiaires : des leucoplasies types opérées, qui ont récidivé sous forme de cancer malin, en trois mois, et d'autres cas où les récidives ne se sont produites que dix, douze et quatorze ans après l'opération, malgré une dégénérescence épithéliomateuse évidente. En somme, il semble que l'épithélioma, greffé sur une leucoplasie, est moins malin que l'épithélioma primitif, mais ce n'est vrai qu'en général, et il y a des cas particuliers absolument navrants.

En résumé, la leucoplasie prédispose au cancer, il faut l'opérer vite et l'opérer radicalement.

De l'épithélioma. — M. Morv. Cette communication vise principalement le traitement de l'épithélioma par l'emploi local du naphtol camphré et l'arséniate de soude à l'intérieur. Sur dix cas, trois seulement sont nettement favorables à cette méthode de traitement.

L'observation la plus intéressante est celle d'un jeune officier auquel je dus réséquer la branche droite du maxillaire inférieur pour un volumineux épithélioma kystique occupant la portion d'os située entre l'angle de la mâchoire et l'articulation temporo-maxillaire. Le mal ayant récidivé deux fois du côté de la muqueuse buccale, je fis un curettage et des injections de naphtol camphré dans les tissus sous-jacents et je continuai très longtemps le traitement à l'arséniate de soude; l'opération date de juillet 1890; le malade est resté en activité de service et a été présenté à la Société de chirurgie, le 3 janvier 1894, en bon état de santé.

En ce qui concerne les opérations sur le maxillaire inférieur, on arrive facilement à éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes en faisant maintenir par le doigt d'un aide un tampon au sublimé, bien exprimé sur la brèche faite à la muqueuse buccale; enfin, pour combler le vide laissé par l'os, il est bon de faire deux points de suture profonde avec une anse double en crin, traversant le centre de la cavité et venant se fixer sur un rouleau de gaze qui passe transversalement sur la plaie, en formant une sorte de gros point de suture extérieur; la suture superficielle ne doit pas comprendre le tiers inférieur de la plaie.

La prothèse immédiate est contre-indiquée en cas d'épithélioma et la prothèse ultérieure n'est indiquée elle-même qu'à la suite de tumeurs relativement bénignes et quand la canine du côté malade n'a pu être conservée.

Vingt-deux cas d'appendicite ; remarques sur le diagnostic et le traitement. — M. Ch. Monod, de Paris, de l'étude de 22 cas d'appendicite observés par lui, tant en ville qu'à l'hôpital, tire la conclusion que l'intervention chirurgicale est pour ainsi dire toujours indiquée et qu'elle doit être aussi précoce que possible.

Dans ces 22 cas, il compte 17 guérisons et 5 morts. Dans les cas de mort, trois fois celle-ci a pu être attribuée au retard, voulu ou obligé, apporté à l'intervention ; deux fois à des complications.

Dans tous les cas il a trouvé du pus, collecté ou non, autour de l'appendice ; trois fois quarante-huit heures après le début des accidents ; quatre fois deux jours après ; deux fois au quatrième jour.

L'opération doit donc être précoce ; ce qui suppose un *diagnostic* précoce également.

Celui-ci est possible. Il ne faut pas attendre, en effet, la tumeur évidente, l'œdème ou la rougeur. Il suffit, pour porter le diagnostic: 1° de la connaissance d'accidents antérieurs d'appendicite ; 2° du début brusque des accidents actuels ; 3° de la rétraction de la paroi abdominale et de la défense extrême des muscles ; 4° surtout de la douleur vive, spontanée et à la pression en son lieu d'élection à quatre travers de doigt de l'épine sur la ligne spinoso-ombilicale.

L'absence de fièvre peut donner une sécurité trompeuse, soit qu'elle manque absolument, soit qu'elle tombe après avoir existé.

Pour ce qui est du *mode d'intervention*, M. Monod préconise une incision qui est à peu de chose près celle de la ligature de l'iliaque, rapprochée de la crête pour éviter les éventrations. Si la découverte de l'appendice est facile, on le réséquera ; sinon, on se contentera d'évacuer le ou les foyers, en ayant soin de rechercher les foyers secondaires.

Pas de réunion de la plaie. Drainage.

L'opération en elle-même, conduite aseptiquement, n'est pas dangereuse et peut être recommandée même dans les cas de diagnostic douteux (incision exploratrice).

M. Ricard, de Paris. Nous confirmons absolument les conclusions de M. Monod. Nous avons traité 16 cas d'appendicite suppurée dont 4 morts. Or, ces 4 cas de mort sont dus à la lenteur de l'intervention. Aussi dès que le diagnostic d'appendicite est posé, il faut intervenir immédiatement.

Périty phlite expérimentale ; quelques recherches sur le mèc nisme de la perforation de l'appendice. — M. Roux, de Lausanne. Le mécanisme de la perforation de l'appendice est peu connu. On a fait plusieurs hypothèses :

Compression des parois de l'appendice par le calcul même d'où ulcération et perforation ; compression de l'artère vermiculaire et sphacèle consécutif ; pour d'autres le calcul stercoral forme bouchon à l'orifice de l'appendice; le contenu de l'appendice stagne au-dessous et les microbes y pullulent, d'où ulcération inflammatoire de cause microbienne.

Nous avons entrepris quelques recherches expérimentales sur ce sujet ; chez le porc nous avons isolé le cæcum. Puis, à la partie inférieure de ce cæcum, on passe des fils de soie sous la séreuse péricæcale et en serrant ces fils on constitue une sorte d'appendice artificiel formé par la partie inférieure du cæcum étranglé. Puis on introduit dans cet appendice, par une boutonnière cæcale, des noyaux de fruits ou autres corps étrangers.

Or, dans la plupart des cas, la muqueuse reste intacte ; il n'y a pas de réaction locale ; l'appendice adhère seulement aux anses voisines. Une fois seulement on a constaté une sorte d'étranglement interne chronique. Une fois on a obtenu une appendicite suppurée perforante artificielle.

Donc les corps étrangers sont bien tolérés, alors même que par le passage des fils on a créé des troubles circulatoires dans cet appendice artificiel.

De ces expériences, nous concluons que la concrétion appendiculaire est tolérée assez bien et sans réaction intense tant que la muqueuse n'est pas enflammée. La présence d'une concrétion ne donne pas lieu à cette contraction appendiculaire provoquant la colique appendiculaire décrite par M. Talamon. Le plus souvent le calcul reste immobile et passif dans l'appendice ; c'est à l'occasion d'un

refroidissement, d'une indigestion, d'un traumatisme, d'une inflammation catarrhale de l'intestin que l'appendice devenu turgide s'embroche sur le calcul. Il s'agit en somme d'un phlegmon de l'appendice, et le sphacèle survient, favorisé seulement par la présence du calcul. La forme en carte de géographie du sphacèle prouve ce processus phlegmasique. Le sphacèle est donc dû à une action vitale des microbes, comme l'a bien vu M. Talamon.

Le calcul favorise et localise la perforation.

La douleur initiale et les vomissements dans l'appendicite sont déjà un indice de péritonite et non pas d'entrée du calcul dans l'appendice.

De la voie vaginale dans les excisions pour rétrécissement non cancéreux du rectum. — M. Campenon, de Paris. Le point capital dans toute excision du rectum pour néoplasme ou rétrécissement non cancéreux consiste dans la conservation du sphincter.

M. Hartmann fait l'excision par les voies naturelles à travers le sphincter dilaté. Cette méthode excellente n'est pas applicable à tous les cas. Quant au Kraske, il ne donne pas toujours d'excellents résultats. Nous avons donc songé à suivre une autre voie pour pouvoir conserver dans les excisions pour rétrécissement non cancéreux du rectum l'intégrité du sphincter. Nous avons appliqué notre procédé chez une femme de 26 ans, atteinte d'un rétrécissement vénérien du rectum situé à la limite ano-rectale, ayant le calibre d'un doigt.

Voici notre procédé : La femme étant couchée dans le décubitus dorsal, on introduit le doigt dans le rectum, puis on sectionne par transfixion toute la paroi recto-vaginale, tranchant aussi la fourchette et l'anus ; on a ainsi une vaste plaie. On place des fils à droite et à gauche de cette valve vulvo-anale ainsi obtenue. Puis on fait une incision transversale parallèle à l'anus, à la limite inférieure du rétrécissement. On dissèque ensuite de bas en haut le rectum et on isole le rétrécissement dans toute sa longueur. On fait ensuite une seconde incision transversale à la limite supérieure du rétrécissement mobilisé et on excise ce dernier. Enfin on suture la partie supérieure du rectum à la partie inférieure, et on reconstitue le sphincter instantanément par des points de suture spéciaux. On finit l'opération par une périnéorraphie.

La guérison de notre malade fut complète et elle retient parfaitement ses matières.

Orthophonie méthodique consécutive aux staphylorraphies. — M. Chervin, de Paris. Les autoplasties palatines sont acceptées par les patients dans l'espérance d'arriver à une amélioration de la phonation.

Dès lors, tout n'est pas dit, lorsque l'opération est faite; il faut s'occuper de l'éducation orthophonique, qui en est le complément indispensable, et sans laquelle l'action chirurgicale la mieux conduite reste sans profit pour la phonation de l'opéré.

Mais, pour que cette éducation orthophonique donne tous les résultats qu'elle comporte il faut qu'elle soit réglée d'une manière méthodique.

La méthode professée par M. Chervin, à son Institut des bègues de Paris, dans des cours spéciaux à l'usage des staphylorraphies, donne des résultats très satisfaisants en deux mois.

(*A suivre.*)

PREMIER CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894, sous la présidence de M. le prof. Potain.

3e *Séance à 2 heures du soir (suite).*

Etiologie et pathogénie du diabète (*suite*). — M. Lépine, rapporteur. Le diabète est surtout une maladie de l'âge mûr ; il est plus commun en certains pays (Italie, Suède) ; l'alimentation y est certainement pour quelque chose, mais aussi la race : ainsi la race israélite y est certainement prédisposée. L'hérédité est de grande importance, non pas tant l'hérédité *directe* que l'hérédité *collatérale*. D'après le professeur Bouchard, dans les familles de 100 diabétiques on rencontrerait le diabète 25 fois. Il est vrai que l'on trouve plus souvent encore le rhumatisme et l'obésité, et presque aussi souvent la gravelle, ainsi que d'autres manifestations de la diathèse arthritique. On ne peut donc contester la parenté morbide du diabète et de cette diathèse. Quant à sa fréquence dans les familles atteintes d'une tare neuropathique, elle est également incontestable : d'après Schmitz, il n'est pas rare de trouver des diabétiques qui comptent au moins un aliéné dans leur parenté. Outre l'aliénation on peut rencontrer aussi chez leurs proches l'épilepsie, l'hystérie, la paralysie générale. Dans ces dernières années on a souvent noté la coïncidence chez le même malade du diabète et de la maladie de Basedow ou de l'acromégalie, etc.

Les ennuis, la préoccupation jouent aussi un certain rôle ; Frerichs a noté les traumatismes cérébraux dans 18 0/0 des cas de diabète, proportion qui me paraît très forte, et je me demande s'il n'y a pas eu simple coïncidence ; d'ailleurs, les lésions du quatrième ventricule sont loin d'être toujours suivies du diabète. Il en est de même des lésions du pancréas qui, pour moi, sont la cause du diabète dans le cinquième des cas. On doit parfois incriminer l'alcool, l'alimentation ; dans le quart des cas, on ne trouve pas de cause ; l'étiologie éclaire mal la pathogénie du diabète. Mais l'analyse des symptômes peut renseigner sur la cause de la maladie.

Le premier fait qui frappe, c'est que certains diabétiques excrètent par jour plus de sucre que n'en fabrique un homme sain ; c'est ce qui prouve l'action parfois utile de l'opium et de l'antipyrine qui n'agissent qu'en empêchant la formation exagérée du sucre. J'ajouterai qu'il y a peu de diabétiques qui se ressemblent ; aux uns on peut donner de la lévulose sans augmenter la glycosurie, d'autres transforment la lévulose en glycose. Il appartient à l'expérimentation de venir à l'aide de l'observation pour nous renseigner sur ces faits.

Les recherches de Von Mering et de Minkowski ont confirmé les observations de M. Lancereaux au sujet du rôle du pancréas. Il a été reconnu ensuite, après les expériences de Hédon (ligature du canal de Wirsung) et de Thiroloix (injection d'huile chargée de sucre dans ce canal) que la suppression lente du pancréas n'est pas suivie des mêmes effets que son extirpation en un temps ; la première n'est pas suivie de diabète ; elle augmente même le pouvoir glycolytique du sang. On avait d'abord cru (Thiroloix) que l'ablation du pancréas agissait en brisant les nerfs de cet organe,

mais les expériences de V. Minkowski et de M. Hédon portant sur l'extirpation d'une partie du pancréas et sur la greffe de cette glande ont montré qu'il suffit d'un fragment intact de pancréas pour empêcher le diabète de se produire, bien que le système nerveux ait été lésé; elles montrent surtout l'indépendance de la sécrétion interne et de la sécrétion externe du pancréas.

D'après une première hypothèse, la sécrétion interne agirait en modérant la production du glycose, d'après une seconde, un principe issu du pancréas contribuerait à la communication du glucose dans l'économie.

Or, d'après MM. Chauveau et Kauffmann, le foie et le pancréas, sous le rapport de la fonction glycoformatrice, constituent un appareil couplé, l'influence du pancréas ne s'exerce pas directement sur le foie; elle agit surtout sur deux centres nerveux qui sont des régulateurs de la glande hépatique; ces centres seraient un centre frénateur situé dans le bulbe, et un centre excitateur situé près de l'extrémité supérieure de la moelle cervicale; le pancréas actionnerait ces centres en sens inverse, l'un après l'autre. Mais d'après des expériences plus récentes, MM. Chauveau et Kauffmann modifient avantageusement leur théorie et annoncent que la sécrétion interne du pancréas exerce une action frénatrice directe sur le foie et que l'intervention de la moelle n'est pas nécessaire. La sécrétion interne agit surtout par son pouvoir glycolytique.

MM. Chauveau et Kauffmann avaient, en 1893, posé comme principe absolu que toute hyperglycémie tient à une augmentation de la production du sucre. Mais cette règle est trop absolue, ainsi que le montrent les recherches de M. Henriot sur le quotient respiratoire, c'est-à-dire sur le rapport entre les volumes d'acide carbonique exhalé et d'oxygène absorbé par le poumon pendant le même temps. Il a constaté, et MM. Weintraud et Laves et M. Léo après lui, que la consommation du sucre est restreinte chez les diabétiques.

On a constaté cette diminution du pouvoir glycolytique du sang, que j'avais découverte, avec M. Barral, il y a quatre ans. Or, en plusieurs années, j'ai eu l'occasion de saigner six diabétiques; chez tous le pouvoir glycolytique du sang était faible; ce sang, défibriné par agitation dans un ballon avec du sable, puis maintenu pendant une heure au bain-marie à la température physiologique du corps humain, perd moins de sucre qu'un sang normal, dans les mêmes conditions, auquel on ajoute une certaine quantité de glucose pur, de manière à ce qu'il renferme par litre à peu près la même quantité que le sang diabétique.

J'ai fait la détermination du pouvoir glycolytique du sang chez plus de 150 chiens rendus diabétiques par l'ablation du pancréas, et chez presque tous j'ai constaté une notable diminution de ce pouvoir. Dans quelques cas elle a paru peu sensible, soit par suite de quelque erreur, soit peut-être en raison de l'intervention de quelques organes suppléants. Je suis très porté à admettre que les glandules duodénales peuvent jouer ce rôle, attendu que dans quelques cas j'ai trouvé un pouvoir glycolytique intense au sang des veines mésaraïques.

A l'objection qui m'a été faite que le sucre se détruit non dans le sang, mais dans les tissus, je réponds que je ne l'ignore point, et que je crois que si la glycolyse a lieu dans les tissus elle y est aidée par le ferment glycolytique contenu dans les globules blancs et apporté par eux aux tissus.

J'ai fait avec M. Barral des expériences qui démontrent l'influence du ferment sur la consommation du sucre. Nous avons, à un premier chien, enlevé le pancréas, chez un deuxième nous avons excité les nerfs du pancréas; nous les avons ensuite saignés. Après avoir tué par hémorrhagie un troisième chien nous lui avons séparé les deux membres postérieurs et les avons irrigués l'un avec le sang du premier chien, pauvre en ferment glycolytique, l'autre avec le sang du deuxième, plus riche en ce ferment; or la consommation du sucre a été *plus grande* dans ce dernier membre.

Nous avons pu isoler ce ferment en *solution dans l'eau*; nous avons, par une méthode que nous avons décrite, obtenu une série d'eaux de lavage des globules du sang de plus en plus pauvre en matières albuminoïdes, et de plus en plus riche en ferment.

M. Artus a prétendu que ce ferment se formait pendant la coagulation, mais cela n'est pas exact; en effet, prenant dans une veine fermée à ses deux bouts du sang de cheval et la soumettant à une légère agitation, nous avons constaté dans ce sang non coagulé, une glycolyse sensiblement normale. La destruction des globules blancs dégage ce ferment et permet la glycolyse; tant qu'il est inclus dans les globules blancs, il ne peut détruire le sucre, qui, lui, se trouve dans le plasma; une barrière protoplasmique l'en sépare.

Il y a, à défaut de preuves directes, des preuves indirectes comme quoi le ferment glycolytique existe bien pendant la vie; s'il était cadavérique, comment comprendre qu'il augmente dans le sang après l'introduction, sous pression, de quelques centimètres cubes d'huile stérilisée dans le canal de Wirsung? Ces quelques centimètres d'huile n'entrent pas dans le sang et ne peuvent le modifier en aucune manière. Comment comprendre aussi qu'il augmente après la section, et *surtout consécutivement à l'excitation électrique* des nerfs pancréatiques, qui sont également sans aucun rapport avec le sang. Ces faits, dont la réalité m'est prouvée par de fort nombreuses expériences et qui ne peuvent être mis en doute, trouvent leur explication toute naturelle (ainsi que la diminution du ferment glycolytique consécutive à l'ablation du pancréas), en admettant que le pancréas *produit* le ferment glycolytique et que de cette glande il est emporté par les globules blancs du sang et de la lymphe.

Le sang de la veine pancréatique a un pouvoir glycolytique énergique, au moins dans certains cas, sinon toujours. On sait, d'autre part que l'excitation électrique du bout périphérique du nerf vague augmente la sécrétion du suc pancréatique, et aussi le pouvoir glycolytique du sang de la veine pancréatique.

Il est possible de donner le pouvoir glycolytique à la sécrétion externe: il suffit de l'acidifier. Au moment de l'excitation des nerfs pancréatiques, un liquide alcalin coule par le canal de Wirsung; au bout de quinze minutes la secrétion est devenue acide.

La nature à certains moments fait ce qu'il faut pour donner du sucre; à d'autres moments elle fait ce qu'il faut pour le détruire.

Chez l'homme diabétique le pouvoir glycolytique est il toujours *diminué?*

Je l'ai trouvé, jusqu'ici, plus ou moins diminué et, parfois, dans une proportion extraordinaire, mais généraliser

le fait me semble au moins prématuré. *Il y a en effet plusieurs éléments pathogéniques* du diabète. La diminution du pouvoir glycolytique est assurément un de ces éléments ; mais on conçoit que, *dans certains cas*, cet élément puisse faire défaut. Dans cette espèce de glycosurie, fort étrange, que M. v. Mering nous a appris à produire avec la phloridzine, le pouvoir glycolytique du sang ne nous a pas paru diminué. Il m'a semblé qu'il en était de même dans le cas où l'hyperglycémie est la conséquence de l'intoxication par la vératrine, etc.

Les autres éléments producteurs du diabète sont :

A. L'insuffisance des cellules hépatiques à transformer par synthèse, en glycogène, le sucre circulant en trop grande abondance dans le sang. Le Dr Colrat l'a décelée chez des sujets atteints de cirrhose du foie, en constatant chez eux de la glycosurie temporaire après ingestion d'une certaine quantité de sucre. Cette glycosurie temporaire est physiologique ; un homme sain l'obtient en ingérant plus de 300 grammes de sucre ; elle est plus facile à provoquer chez des animaux inanitiés et dans certaines maladies nerveuses, comme le goitre exophtalmique ; cette insuffisance du foie à emmagasiner le sucre s'observe aussi chez les chiens dépancréatisés ; or, elle ne se produit pas chez les oiseaux après extirpation du pancréas, laquelle n'est pas suivie de glycosurie chez ces animaux ; cela prouve que cette anomalie est en rapport avec le diabète.

B. La trop grande facilité avec laquelle la cellule hépatique transforme son glycogène en glycose qu'elle cède au sang des veines pancréatiques. L'expérience de la piqûre du 4e ventricule prouve l'importance de l'intervention du système nerveux dans cet acte de désassimilation. — Cet acte peut être comparé à une section (Morat) et ne s'explique pas par l'action des nerfs vaso dilatateurs. Cette action du système nerveux est, en effet, arrêtée par la section de la moelle à la partie supérieure de la région dorsale. (Chauveau et Kauffmann.)

La sécrétion interne du pancréas modérant directement la fonction glycogénique du foie, il est impossible de dire si cette action s'exerce sur les éléments nerveux du foie ou sur les cellules elles-mêmes ; mais elle n'est pas indispensable, car après la mort, il se forme encore du glucose.

La question de l'action d'un ferment diastasique contenu dans les cellules du foie est encore obscure.

C. M. Schutzenberger et d'autres chimistes ont soutenu que le glucose fait partie de la molécule d'albumine. Mes expériences et celles de M. Pavy démontrent d'une manière frappante la production du sucre aux dépens des matières albuminoïdes. Certaines formes de diabète consomptif s'accordent bien avec cette pathogénie ; le diabétique, ne se nourrissant plus, fabrique du sucre aux dépens de ses muscles, de ses matières albuminoïdes, et non aux dépens du glycogène qu'il n'a pas. Il est possible que le pancréas agisse, par sa sécrétion interne, sur la nutrition générale (Hedon). On voit cette forme de diabète dans les cas de lésions graves du pancréas ; mais avec un pancréas sain on peut l'observer aussi, ce qui s'explique par l'influence des vaso-moteurs sur la sécrétion interne.

Voilà quelques-uns des *éléments* pathogéniques du diabète et il en est certainement bien d'autres. Selon toute vraisemblance, il faut le concours de plusieurs. Suivant les cas, un ou deux prédominent ; de là viennent les variétés de forme du diabète qu'il serait, selon moi, impossible d'expliquer avec une pathogénie toujours la même.

On le voit, malgré des travaux considérables, toutes les obscurités qui enveloppent encore la question de la pathogénie du diabète ne sont pas élucidées, et il est possible que, comme on l'a dit, ce sphinx dévore encore bien des générations de chercheurs. J'ai essayé dans ce Rapport de résumer avec impartialité les travaux récents sur la pathogénie du diabète ; mais, quel que soit leur intérêt, ils ne peuvent faire oublier les maîtres qui, antérieurement, ont tant fait pour accroître nos connaissances scientifiques et cliniques sur cette maladie, Cl. Bernard, Chauveau, Bouchardat, Pavy, Külz, Seegen et Lancereaux.

Du diabète pancréatique dans ses rapports avec l'hépatisme. — M. Glénard. Si on examine chez les diabétiques le foie par le procédé du pouce, qui donne les meilleurs résultats, on trouve que le foie est malade dans 70 0/0 des cas de diabète ; il est hypertrophié dans 30 à 40 0/0 des cas. Il est le siège d'un processus constant d'altération. On trouve comme cause du diabète dans 20 0/0 des cas de la dyspepsie, dans 10 0/0 l'obésité, dans 10 0/0 les chagrins, dans 9 0/0 l'hérédité, dans 33 0/0 l'alcoolisme.

L'alcoolisme est donc le facteur le plus fréquent du diabète. Chez 53 sur 65 des diabétes alcooliques que j'ai observés, le foie était gros, induré. Il y a donc une relation évidente entre le diabète et l'alcoolisme.

Chez tous ces malades, le diabète avait été consécutif, chez 25 à des pituites, chez d'autres à des coliques hépatiques ou néphrétiques. Chez l'alcoolique existe une diathèse, l'hépatisme, qui engendre le diabète. Les constatations tirées de l'état du foie donnent des indications pour le traitement.

Chez 3 de mes malades j'ai vu le diabète disparaître en même temps qu'apparaissait la cirrhose avec ascite.

M. André (de Toulouse) rapporte un *cas de diabète hépatique d'origine alcoolique* amélioré d'abord par le régime, l'hygiène et le traitement ; mais le malade se livra de nouveau à ses instincts alcooliques, son état s'aggrava ; puis le sucre disparut, la cirrhose s'installa et le malade mourut rapidement. L'alcool et le diabète ont été les précurseurs de la cirrhose. Chez les cirrhotiques, il est important de rechercher l'urobiline et le sucre.

Un cas de diabète chez un enfant de 14 ans. — M. Comby. J'ai observé le diabète chez enfant de 14 ans, avec marche rapide, diabète maigre qui a amené la mort en sept mois.

Cet enfant maigrit en quelques jours de 10 livres, on remarque des taches sur son pantalon ; on fait l'analyse des urines, il y avait 350 grammes de glycose par jour, 25 grammes d'urée par litre et 6 litres d'urine.

Bien portant jusque-là, il avait été pris deux mois auparavant, à la suite de dispute avec sa mère, de soif et polyurie ; ce n'est que seize jours avant mon examen que l'amaigrissement rapide s'était développé. Père et mère non obèses. Pas de diabète, ni goutte, etc., chez les ascendants. Donc pas d'hérédité. L'enfant était très nerveux, abusait des sucreries, mangeait du sucre toute la journée. Après ma première visite (l'enfant n'avait été soumis à aucun traitement), je le mis au traitement de Bouchardat, au bromure, à l'arsenic, l'eau de Vichy, l'exercice. Au bout de dix jours, l'enfant était transformé et paraissait guéri ; il urinait 2 litres avec 25 à 30 grammes de glucose et cela ne varia pas. Engraissement de 3 kilogrammes ; je n'étais point pourtant sans inquiétude. Puis, malgré le régime et les médicaments l'amaigrissement, puis les vomissements, revinrent avec constipation opiniâtre. Je permis le régime lacté ; l'enfant

mourut le 20 septembre, après sept mois de maladie, d'épuisement et d'autophagie.

En ce cas, il faut tenir grand compte des abus alimentaires ; ici la théorie alimentaire est applicable, surtout étant donné l'état nerveux de l'enfant.

La contagion du diabète. — M. Teissier (de Lyon). La théorie de la nature infectieuse et de la contagion du diabète n'est pas nouvelle, et Seegen, Debove, Fouquet du Caire, etc., ont cité des cas de diabète conjugal. On peut accuser ici le même genre de vie, la même hygiène ; mais on peut incriminer l'infection dans le diabète paludique, dans le diabète consécutif aux anthrax, dans le diabète avec endocardites, et dans les faits que je vais citer. 1° Une blanchisseuse, qui lavait depuis deux ans le linge d'un diabétique grave, avait elle-même une assez grande quantité de sucre ; elle cesse son métier, le sucre disparaît ; elle a été reprise plus tard de diabète transitoire.

2° Un jeune homme, fils de père et mère diabétiques, est pris de diabète abondant, il y a un an ; trois mois après, sa cuisinière, qui lavait les mouchoirs de poche de son maître, devient diabétique.

Un mois après, je voyais une lingère qui depuis dix ans travaillait dans cette même maison ; elle était diabétique. J'appris au cours de mon enquête que la lingère, en l'absence de la cuisinière, couchait parfois dans le lit de celle-ci.

3° Un cocher qui servait à table et lavait le verre de son maître a un anthrax et devient diabétique ; le maître et deux autres membres de sa famille le deviennent à la suite. Je possède d'autres cas analogues.

En raison de ces faits, je crois à la contagion et à la nature infectieuse du diabète.

On sait que certains microbes sécrètent des diastases qui peuvent transformer l'amidon en sucre ; tels les microbes de l'anthrax. Pourquoi ne pas expliquer ainsi la contagion du diabète? L'urine et la salive des diabétiques sont, en effet, riches en acide lactique qui favorise la pullulation des mucédinées ; ceux-ci sécrètent des diastases qui pourraient produire le diabète, après avoir été introduites dans l'économie.

Diabète pancréatique d'origine infectieuse. — M. Charrin. Le diabète peut survenir à la suite de la destruction du pancréas par des microbes, comme à la suite de l'extirpation chirurgicale de cette glande ; des microbes venant du duodénum peuvent remonter dans le cholédoque et dans le canal de Wirsung ; cela peut expliquer certains cas de diabète infectieux. J'ai fait, avec M. Carnot, apparaître le diabète chez 3 chiens sur 12 à qui nous avions injecté des microbes dans le canal de Wirsung ; l'un de ces chiens a maigri et eu de la polyurie et de l'albuminurie ; ces glycosuries expérimentales sont bien de vrais diabètes. Plusieurs des animaux ont eu des hémorrhagies tenant aux microbes hémorrhagipares que nous avions injectés. Si nous avons échoué dans beaucoup de cas, cela vient de ce qu'il suffit qu'un peu de pancréas subsiste pour empêcher le diabète, et de ce que nous avons injecté des microbes tantôt trop virulents qui ont tué l'animal, tantôt trop atténués et ne produisant rien.

L'hyperglycémie peut être le fait des toxines des microbes, toxines excitant les centres bulbaires (expériences de M. Féré, de Bordeaux, sur le virus de la rage).

Les diabètes dont je viens de parler sont des cas de diabètes infectieux, mais ce sont surtout des cas de diabète pancréatique.

M. Baumel (de Montpellier) a, dès 1882, généralisé la théorie pancréatique à tous les cas de diabète, en s'appuyant sur ses observations ; le foie ne lui paraît avoir qu'un rôle accessoire. Si, dans certains cas, le pancréas paraît sain, même microscopiquement, il serait le siége d'altérations dynamiques peu connues.

Angine de poitrine diabétique. — M. Vergely (de Bordeaux). On a dit que, dans le diabète, il n'y avait que des pseudo-angines de poitrine ; il y en a de vraies. Les cas suivants me l'ont prouvé :

1° M. R..., professeur, sans antécédents eczémateux. En août 1884, accès de palpitations, avec douleurs dans le bras et l'épaule gauches, peu vives ; polyurie, polydipsie et glycosurie. En 1887, augmentation d'intensité des accès avec dyspnée violente, puis sueurs. En dehors des accès, santé bonne. En 1889, dans un accès violent, mort subite.

2° M. B..., grand fumeur, très actif, en 1889, il est pris quatre fois dans une semaine de douleurs siégeant derrière le sternum, sans palpitation ni dyspnée ; pas de lésion cardiaque. Son père étant mort diabétique, on analysa l'urine ; il y avait du glucose qui disparaît par le régime, puis reparaît. Quelques mois plus tard, mort dans une crise d'angine de poitrine.

3° M. B..., 30 ans. Diabétique intermittent d'abord, puis continu en 1889, crises légères d'angine de poitrine qui deviennent de plus en plus rapprochées ; pas de lésions du cœur ni des vaisseaux. Amélioré par cure à Vichy ; puis réapparition des crises. En 1887, mort dans une crise d'angine de poitrine.

M. Pitres m'a communiqué un cas analogue. J'en ai observé deux autres de moindre intensité, dans lesquels les crises et le diabète ont disparu par le régime et le traitement antidiabétiques. Malheureusement je n'ai pas d'autopsie. Mais mon opinion est que le diabète peut amener des crises graves d'angine de poitrine. On doit analyser l'urine de tous les malades présentant des symptômes d'angor pectoris.

M. Mossé (de Toulouse). J'ai soutenu, en 1888, qu'il n'y avait pas de diabète paludique, que le paludisme pouvait seulement créer une prédisposition au diabète. J'ai examiné un grand nombre de soldats ayant eu ou ayant de l'impaludisme et un certain nombre de personnes paludéennes habitant Aigues-Mortes ou les environs ; je n'ai pas trouvé dans le nombre un seul diabétique ; je n'ai constaté que de l'hydrurie avec chlorurie et encore une seule fois.

M. Renaut (de Lyon) a fait des travaux qui démontrent qu'il n'y a pas une extrême différence entre le foie et le pancréas et il s'appuie sur des conditions tératologiques pour affirmer que le pancréas de l'homme n'est que le foie chez certains animaux inférieurs. Le pancréas est excréteur et sécréteur, les sécrétions détruisant le glycose dans te torrent lymphatique.

M. Laborde est étonné d'entendre parler de diabète causé par des altérations du foie, l'intégrité de la fonction glycogénique de cet organe étant subordonnée à l'intégrité de cette glande, il ne doit pas y avoir de diabète si le foie est altéré.

(*A suivre.*) Dr Deléage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre. — Présidence de M. Lucas-Championnière

Hydronéphrose congénitale ; ablation chez un enfant de 2 ans ; guérison. — Observation par M. Martin (de Genève). L'hydronéphrose paraissait, à l'examen de la pièce, due à l'étroitesse congénitale de l'uretère. La ponction peut exposer à des complications graves, qui, du reste, se sont montrées chez son petit malade antérieurement, d'où l'indication paraît formelle d'avoir recours à la néphrectomie dans les cas semblables.

Cystostomie ; indications et résultats. — M. Routier. Le pourcentage opératoire est difficile à établir, dans cette opération c'est le malade lui-même qui meurt, soit de son hypertrophie prostatique, de sa néphrite, d'infection urineuse. — Aussi m'abstiendrai-je de toute statistique.

J'ai fait cinq fois la cystostomie dans la cystite douloureuse avec une mort chez un enfant atteint de tuberculose à sa dernière période.

Dans les cas de rétention j'ai fait sept fois la cystostomie avec trois morts.

La cystostomie par la dérivation des urines, l'état de repos de l'appareil urinaire, amène une sorte de décongestion qui détermine la diminution de la prostate et par suite ramène assez rapidement le cours normal de l'urine par l'urèthre. La cystostomie est donc une opération qui vient s'ajouter aux moyens que nous avons déjà pour remédier aux rétentions d'urine.

M. Polaillon. Je me rappelle avoir vu un malade prostatique atteint de rétention aiguë d'urine, qu'il fut impossible de sonder. Je fis une ponction de la vessie. Le lendemain, le cathétérisme était de même impossible. Je fis l'ouverture de la vessie et put faire le cathétérisme rétrograde, et laisser une sonde à demeure. Quelques jours après, le malade urinait sans sonde.

M. Pousson. La valeur de l'ouverture de la vessie dans les affections urinaires ne peut être jugée que suivant que l'on distingue, dans la discussion, la cystotomie de la cystostomie. Cette dernière est caractérisée par l'ouverture permanente de la vessie par un trajet tapissé de muqueuse et doit avoir des indications précises.

Diverticule de Meckel faisant hernie ombilicale. Résection. Guérison. — M. Kirmisson fait un rapport sur une observation présentée par M. Broca. Il s'agissait d'un enfant de 6 mois, ayant à l'ombilic une petite tumeur rouge, polypiforme, fongueuse, par laquelle sortaient quelques matières muqueuses ; la cavité centrale conduisait dans l'intestin. M. Broca dissèque autour du pédicule une collerette de peau avec le péritoine, puis trouve l'insertion du diverticule à l'intestin, le résèque, et fait la suture de l'intestin, et ensuite de la paroi. Le petit enfant guérit, et M. Broca propose de considérer le procédé opératoire employé comme le procédé de choix.

M. Berger. Je partagerai absolument l'opinion de M. Broca et je crois que pour les diverticules de Meckel, comme pour les hernies ombilicales, la cure radicale est le seul traitement.

Ulcération d'un moignon conique. Traitement par greffe autoplastique de la jambe saine. — Présentation de malade, par M. Berger.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 39 juin 1894. — Présidence de M. Ferrand.

M. le Secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la séance précédente.

M. le Dr Tolédano donne lecture d'un travail sur les revaccinations dans les écoles du VII^e^ arrondissement, pendant l'année 1893.

M. le Dr Le Bec demande si on a recherché la cause de la plus grande proportion des succès chez les enfants très jeunes et chez les petites filles.

M. le Dr Tolédano répond qu'on a supposé que les enfants en bas âge étaient moins résistants. Ces faits ont d'ailleurs été constatés par tous les opérateurs de Paris.

M. le Dr Leroy donne lecture d'une observation de néphrite ourlienne suivie de mort. (*Sera publié.*)

M. le Dr Tolédano cite le cas d'un jeune enfant atteint d'albuminurie très considérable sans cause appréciable et qui a guéri.

M. le Dr Verchère fait remarquer que le champ des néphrites dites *à frigore* se trouve de plus en plus restreint par les nouvelles causes de néphrites infectieuses qui étaient mal connues autrefois.

M. le Dr Luc fait une communication sur un cas de croup d'emblée dû à des papillomes du larynx et traité par l'intubation prolongée. (V. *France méd.*, n° 42, p. 657.)

M. le Dr Le Bec remarque la très grande difficulté qu'il y a eu à introduire le tubo à divers reprises. Il demande comment les papillomes n'ont pas empêché la pénétration du tube.

M. le Dr Luc explique cette difficulté d'introductien par le spasme laryngé.

M. le Dr Le Bec demande si le papillome n'a pas été excité par les tentatives d'intubation.

M. le Dr Luc répond que les papillomes ont été applatis par le tube. On aurait pu songer à la laryngotomie. Mais si l'enfant était raisonnable, on pourrait, maintenant que l'enfant est sauvé du croup, enlever les papillomes avec des pinces coupantes. Dans le cas contraire, il faudra, sous le chloroforme, faire probablement la laryngotomie.

M. le Dr Le Bec demande si on ne pourrait pas empêcher un petit papillome d'augmenter de volume par la compression.

M. le Dr Luc répond que la pression prolongée du tube tentait d'atrophier le papillome, de plus, les raclages du larynx avec des tampons avaient aidé à enlever des fragments de papillome. Les papillomes du larynx sont assez fréquents chez les enfants.

M. Hallé observe qu'il fallait une grande docilité de l'enfant.

M. le Dr Verchère remarque : 1° la marche insolite des papillomes du larynx, car les papillomes des autres régions s'accommodent mal des frottements. En second lieu, la figure dessinée dans l'observation ne ressemble pas à un papillome. Elle ressemble plutôt à une infiltration des cordes vocales et à un rétrécissement fibreux. Dans ce cas, la canule n'aurait-elle pas déterminé par sa présence pendant quatre-vingt-seize heures un rétrécissement fibreux du larynx. L'intubation est une merveilleuse opération, mais les cordes vocales sont une région vasculaire irritable, propre à faire du tissu fibreux, et dans certains cas de diphté-

rie, l'intubation prolongée du larynx ne pourrait-elle provoquer un rétrécissement? Ne vaut-il pas mieux faire la trachéotomie malgré ses inconvénients? N'y a-t-il pas eu déjà des cas de rétrécissements du larynx après l'intubation ?

M. le Dr Luc répond que l'intubation a fréquemment guéri des rétrécissements. Il n'y a pas de cas connus de rétrécissements occasionnés par l'intubation. On a vu en Allemagne des malades intubés pendant six mois avec des canules incrustées, et sans qu'il en soit résulté de rétrécissement.

M. le Dr Le Bec fait remarquer qu'un des inconvénients de la trachéotomie est que la canule reste mal dans la trachée quand le cou est infiltré de ganglions. Il recommande de faire l'incision trachéale près du cartilage cricoïde, ce qui empêche de couper des veines thyroïdiennes transversales. Quand l'enfant n'est pas encore asphyxiant, il ne faut pas se presser dans le cours de l'opération, et il vaut mieux la faire couche par couche que par le procédé en un temps de M. Germain qui est difficile.

M. le Dr Luc recommande dans la trachéotomie de bien inciser sur la ligne médiane ; en raison des veines, il cherche à mettre en évidence l'isthme du corps thyroïde, l'attire en haut; au-dessous de lui est la trachée dans sa partie la plus haute et la plus superficielle.

Pour le secrétaire annuel : M. Le Roy.

VARIÉTÉS

Médecins et sociétés de secours mutuels.

La situation de la majorité du corps médical français devient de plus en plus pénible, et cela dans les grandes villes, dans les petites villes et dans les campagnes. Partout, à côté de quelques confrères particulièrement doués pour la clientèle et qui savent tirer du jeu une assez brillante épingle, la plupart ont peine à sortir d'affaire, vivent mal, ne peuvent arriver à joindre les deux bouts et cherchent vainement une autre résidence où ils pourraient être un peu moins mal.

Il y a actuellement une crise sur bien des choses, mais ce que, dans notre milieu, nous observons surtout et ce qui est indéniable, c'est la crise qui sévit sur la médecine. Cette crise n'existe pas seulement en France; à lire les journaux de nos confrères belges, anglais et allemands, on voit qu'ils ne sont pas plus heureux que nous ; mais pour ne parler que de ce que je sais, de ce que je vois constamment à Paris et à la campagne, j'affirme, avec de nombreuses preuves à l'appui, que la principale (mais non l'unique) cause de cette crise réside dans les abus des sociétés de secours mutuels.

Si toutes ces sociétés vivent, elles le doivent presque uniquement à l'abnégation et au dévouement des médecins; si bon nombre sont prospères, si elles ont pu mettre de côté des centaines de mille francs et même, pour plusieurs, plus d'un milion ; si leurs sociétaires sont assurés pour l'avenir d'une petite pension de retraite, alors que le médecin sera trop souvent dans la misère, cela tient à ce que le médecin n'est pas payé. Le seul philanthrope, c'est lui ; ce sont les honoraires qu'on lui refuse qui vont alimenter la caisse de la société, c'est à ses dépens que sont faites toutes les économies.

Si ces sociétés n'étaient composées que de pauvres diables, ma foi, nous pourrions bien continuer notre métier de dupes conscientes, le sacerdoce que les clients nous attribuent en se moquant de nous, et avec raison ; mais il n'est pas un médecin d'une société quelque peu importante qui ne puisse citer, parmi les membres de cette société, de très grands négociants, de gros propriétaires, des rentiers qui, sans la moindre vergogne, nous demandent de les soigner le jour, la nuit, autant que cela pourra leur plaire, pour 3 à 4 francs par an. C'est surtout là que réside notre véritable question sociale à nous. La situation des médecins devient de plus en plus lamentable, pendant que celle des sociétés de secours mutuels devient de plus en plus florissante. Il est indispensable d'aviser.

D'après le *Bulletin des sociétés de secours mutuels* d'octobre 1892, il y avait alors en France tout près de 10.000 sociétés de secours mutuels, tant approuvées qu'autorisées, comptant 1.600.000 sociétaires. Ajoutez-y les femmes et les enfants qui souvent sont soignés à des prix dérisoires, et vous dépasserez facilement quatre millions de personnes. Ce chiffre augmente constamment; c'est la marée montante sous laquelle les médecins finiront par être engloutis.

Peut-on trouver un remède à un état de choses aussi grave? Oui sans doute, mais ce ne sera pas facile du premier coup. Si les médecins pouvaient s'entendre tous, soutenir en commun leurs intérêts, la chose serait bien facile. Dans chaque ville ou dans chaque commune, ils déclareraient à ces sociétés, composées en somme de petits capitalistes, qu'ils veulent bien consentir à une réduction sur le chiffre habituel de leurs honoraires en faveur d'une classe assurément intéressante de la population, mais à deux conditions : d'abord que les honoraires seront payés à la visite, et non à l'abonnement, celui-ci autorisant et encourageant tous les abus; en second lieu que ce tarif ne saurait s'appliquer à des gens bien connus comme ayant une certaine situation de fortune. Si ces derniers veulent réellement faire de la philanthropie, qu'ils se fassent nommer membres honoraires, mais qu'ils ne puissent en rien être considérés comme membres participants, au moins pour les soins médicaux.

Malheureusement, nous ne pouvons guère espérer que tous les médecins de la même région se réunissent dans le même faisceau. Il y aura toujours, à côté, des confrères qui accepteront la besogne à n'importe quel prix, et cela parce qu'ils n'ont rien et qu'il faut d'abord commencer par vivre, quitte à lâcher plus tard les sociétés les plus mauvaises, les malades les moins agréables et les moins rémunérateurs, lorsque le nombre des clients sera devenu assez considérable pour que l'on puisse se permettre de choisir ; mais cette époque est

souvent tardive et même bien des médecins restent toujours obligés d'accepter tout ce qui se présente, ouvriers à tout faire qui n'arrivent jamais à faire partie de l'aristocratie, ni même de la bourgeoisie de notre profession.

Les sociétés de secours mutuels auront donc toujours autant de médecins qu'elles en voudront et à un prix quelconque. Presque partout il sera impossible de leur tenir la dragée haute et il est préférable de composer. Leur intérêt bien compris est le seul motif que l'on puisse sérieusement invoquer dans ces sociétés essentiellement utilitaires. Eh bien! il n'est peut-être pas impossible de leur montrer qu'avec des médecins bien choisis, sérieux et suffisamment rémunérés, leurs intérêts seraient mieux sauvegardés. Les frais de maladie et de convalescence sont de beaucoup leur plus lourde charge ; le médecin, traité lui-même d'une façon convenable, considéré comme il a le droit de l'être, fera tout son possible pour diminuer ces charges et tout le monde y gagnera, sauf peut-être les paresseux et les égoïstes qui apportent un si large appoint à toutes ces sociétés. Il est un point qu'une expérience déjà longue nous permet de mettre au-dessus de toute discussion : dans toute société, il est un nombre plus ou moins considérable de membres dévoués, mus par des sentiments réellement philanthropiques et qui donnent volontiers, dans l'intérêt général, leur temps, leur argent et leur peine ; mais la plupart des autres ne sont mus que par des sentiments absolument égoïstes et, s'ils donnent une cotisation de 2 francs par mois, ils veulent retirer de la société au moins 2 fr. 50 en soins médicaux, en bons de bains, en médicaments, même s'ils n'en ont pas besoin. Le médecin seul peut empêcher de pareils abus, lui seul peut rendre les sociétés réellement florissantes et prospères; eh bien ! faites-en votre auxiliaire, votre plus utile auxiliaire, suffisamment honoré à tous les points de vue, et non pas votre victime, et tout le monde y gagnera, sans compter la morale, qui n'est pas absolument indifférente en un pareil sujet. A. Chevallereau.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Prix de la Faculté en 1893-1894. — Voici les jurys pour les commissions de prix que délivrera la Faculté de médecine pour l'année scolaire 1893-1894.

Prix Barbier. — MM. Gariel, Mathias-Duval, Berger, Tillaux, Le Dentu. — Suppléants : M. Pouchet.

Prix Lacaze. — MM. Brouardel, Jaccoud, Proust, Straus, Landouzy. — Suppléant : M. Joffroy.

Prix Chateauvillard. — MM. Cornil, Pinard, Baillon, Terrier, Straus, Gautier, Guyon. — Suppléant : M. Landouzy.

Prix Béhier. — MM. Dieulafoy, Debove, Hayem, Joffroy, Potain. — Suppléant : M. Laboulbène.

Prix Monthyon. — MM. Brouardel, Proust, Cornil, Fournier, Straus. — Suppléant : M. Debove.

Prix Jeunesse (hygiène). — MM. Brouardel, Proust, Pouchet, Gariel, Gautier. — Suppléant : M. Straus.

Thèses. — MM. Brouardel, Pinard, Duplay, Pouchet, Farabeuf, Dieulafoy, Landouzy, Panas, Tillaux. — Suppléants : MM. Raymond, Berger.

Hôpitaux de Paris. — Mutations dans les services de médecine. — Par suite du décès de MM. Charcot, Quinquaud, Juhel-Renoy, Ollivier, Legroux ; du départ de MM. Bucquoy et Lancereaux, atteints par la limite d'âge, et de la démission de M. Brouardel, les changements suivants auront lieu dans les hôpitaux le 1er janvier prochain :

M. Audhoui passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu. — M. Straus, de la Charité à l'Hôtel-Dieu. — M. Labadie-Lagrave, de la Maternité à la Charité. — M. Moutard-Martin, de la Pitié à la Charité. — M. Danlos, de la Maison Dubois à Saint-Louis. — M. Moizard, de Trousseau aux Enfants-Malades. — M. Dejérine, de Bicêtre à la Salpêtrière. — M. Chauffard, de Laënnec à Cochin. — M. Muselier, de Broussais à la Pitié. — M. Merklen, de Saint-Antoine à Laënnec. — M. Comby, de Tenon à Trousseau. — M. Chantemesse, des Ménages au Bastion 29 (érysipèle). — M. Josias, de la Pitié à Trousseau. — M. Marie, de Debrousse à Bicêtre. — M. Netter, de Tenon à la Pitié. — M. A. Gilbert, de Tenon à Broussais. — M. Petit, de Sainte-Périne à la Pitié. — M. Babinski, d'Aubervilliers à Tenon. — M. Armand Siredey d'Aubervilliers à Saint-Antoine. — M. Charrin, du Bureau Central à la Maternité. — M. Richardière, du Bureau Central à Tenon. — M. Thibierge, du Bureau Central à Debrousse. — M. Galliard, du Bureau Central à Tenon. — M. Mathieu, du Bureau Central à Sainte-Périne. — M. Delpeuch, du Bureau Central aux Ménages (Issy). — M. Lermoyez, du Bureau Central à Aubervilliers.

Ecoles de médecine. — M. Berger est désigné pour présider pendant la session de novembre 1894 les jurys d'examens pour la réception des officiers de santé et sages-femmes de 2e classe dans les écoles de Caen, Rouen, Rennes, Nantes, Angers et Tours.

Ecole de médecine de Besançon — Un concours s'ouvrira le 28 avril 1895, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Besançon.

Ecole de médecine de Caen. — M. Catois est nommé professeur d'histologie.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Berger est nommé directeur honoraire.

M. Bordier est nommé directeur de l'Ecole.

Ecole de médecine de Nantes. — Par arrêté ministériel, en date du 22 octobre 1894, deux concours s'ouvriront le 24 avril 1895, devant l'Ecole de médecine, pour les emplois de chefs des travaux de physique et d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Poitiers. — Par arrêté ministériel, en date du 22 octobre 1894, deux concours s'ouvriront le 28 avril 1895, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour les emplois de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, de pathologie et clinique chirurgicale et de obstétricale, à l'Ecole de médecine de Poitiers.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Leudet est nommé professeur d'histologie.

Hopitaux de Bordeaux. — Le Dr Félix Lagrange, agrégé de la Faculté et chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, vient d'être chargé du service d'ophthalmologie récemment créé à l'hôpital des enfants de cette ville.

Pour cette fois encore, Bordeaux aura précédé Paris qui devrait bien suivre son exemple.

École pratique des hautes études. — Il est créé à l'École pratique des hautes études (section des sciences naturelles) un laboratoire d'anatomie comparée dépendant de la chaire de ce nom au Muséum d'histoire naturelle.

Corps de santé militaire. — Armée active. — Par décret, en date du 11 octobre 1894, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Viry, en remplacement de M. Bourot, retraité ; maintenu provisoirement à son poste de sous-directeur de l'école du service de santé militaire et de médecin-chef de l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon ; — Schindler, en remplacement de M. Albert, retraité ; maintenu provisoirement à son poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins majors de première classe Vaillard, en remplacement de M. Viry, promu ; maintenu à son poste actuel de professeur au Val-de-Grâce ; — Bachelet, en remplacement de M. Schindler, promu ; maintenu à l'hôpital militaire de Nancy.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bouvier, en remplacement de M. Carayon, retraité ; maintenu au 39e d'infanterie ; — Sibille, en remplacement de M. Didier, décédé ; désigné pour le 8e d'artillerie ; — Salle, en remplacement de M. Charropin, mis en non-activité ; maintenu au 86e d'infanterie ; — Perrin, en remplacement de M. Vaillard, promu ; maintenu au 40e d'artillerie ; — Achard, en remplacement de M. Bachelet, promu ; maintenu au 89e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Vincent, en remplacement de M. Lubrez ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Delporte, en remplacement de M. de Voisins, décédé ; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Bayle, en remplacement de M. Laurent (M.-J.-A.), retraité ; désigné pour le 86e d'infanterie ; — Licht, en remplacement de M. Éon, décédé ; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Piquot, en remplacement de M. Spite, mis en non-activité ; maintenu à son poste de l'Annam et Tonkin ; — Tersen, en remplacement de M. Bouvier, promu ; désigné pour les hôpitaux militaires de Tunisie ; — Bassères, en remplacement de M. Sibille, promu ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Méchin, en remplacement de M. Salle, promu ; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Launois, en remplacement de M. Perrin, promu ; désigné pour le 17e d'infanterie ; — Viéron, en remplacement de M. Achard, promu ; maintenu à son poste de surveillant au Val-de-Grâce.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe en non-activité Cahen ; désigné pour le 44e d'infanterie.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe en non-activité Marrel ; désigné pour le 163e d'infanterie.

Armée territoriale. — Par décret, en date du 10 octobre 1894, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Bourot, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Vieusse, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités, Carayon, Grach-Laprade, Montané, Tibal.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Henry, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, retraité ; — Meunier, médecin major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Caron docteur en médecine, dont la démission de lieutenant au 10e escadron territorial du train des équipages militaires est acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les Drs Mandereau, dont la démission d'aide-vétérinaire au 7e régiment territorial d'artillerie est acceptée ; Mercier, Coppens, Amrin, Bellier, Contrastin, Callet, Chabrié et Reblaud.

— Par décret, en date du 10 octobre 1894, ont été promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Amodru, Cusset et Augagneur.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe OEttinger, Lauth, Bordes, Colin, Monprofit, Tintelin, Ramond, Del Hamaide, Chuquet, Séguinard, Lamoureux, Doat, Cansit, Laporte, Hischmann, Bertolus, Demars, Brunchswig, Engelbach, Dieudonné, Chrétien, Carlier, Herr, Mercier, Delagenière (J.-H.), Eraud, Leudet, Larrivé et Aubeau.

L'Académie des sciences morales et politiques a, sur le rapport de M. Emile Levasseur, décerné le prix Audiffred, d'une valeur de 12,000 francs, à M. le docteur Roux pour son dévouement à la science.

Sérothérapie. — Bordeaux, Bruxelles et Montpellier vont créer un laboratoire chargé de préparer le sérum antidiphtérique suivant la méthode du docteur Roux.

Congrès de l'enseignement supérieur. — Ce congrès vient de se réunir à Lyon. La section qui a délibéré sur les Facultés de médecine a été la plus radicale et la plus novatrice. Voici les vœux émis et approuvés par le congrès non sans de nombreuses abstentions :

1° Le concours pour l'agrégation médicale est supprimé ;

2° Chaque Faculté s'adjoint le nombre d'agrégés qu'elle croit utile ;

3° Les cours libres faits par les agrégés ne donnent lieu à aucun traitement de l'Etat, mais à une rétribution résultant d'une taxation scolaire fixée par la Faculté ;

4° Des règlements détermineront les rétributions accordées aux agrégés pour les examens, les suppléances et les enseignements imposés ;

5° Un nouveau titre, par exemple celui de « docteur ès sciences biologiques », pourra être créé et exigé des candidats à l'agrégation ;

7° Les agrégés sont nommés pour une période de trois ans, renouvelable sur l'avis de la Faculté ;

7° Les professeurs adjoints seront nommés pour une période de six ans, avec traitement sur la proposition de la Faculté. (On entrevoit ici le système allemand des *privat*

docent (agrégés) et des professeurs extraordinaires (professeurs adjoints).

La présentation pour la nomination des professeurs titulaires se fera par une liste unique dressée par la Faculté et soumise au Conseil général des Facultés. Les professeurs titulaires pourront toucher une rétribution scolaire suivant une taxation fixée par la Faculté.

La section de médecine qui a élaboré ces conclusions n'a vu qu'un nombre trop restreint des intéressés prendre part à la discussion : douze titulaires et seulement quatre agrégés. On ne peut donc en conclure que ces modifications projetées représentent exactement l'opinion de la majorité du corps enseignant des Facultés et écoles de médecine.

Les Sociétés de secours mutuels et les médecins. — On sait combien le nombre sans cesse croissant de ces Sociétés est préjudiciable aux médecins en avilisant leurs honoraires.

D'après le *Bulletin des Sociétés mutuelles*, il y a en France tout près de 10.000 Sociétés mutuelles, tant approuvées qu'autorisées, comptant 1.600.000 sociétaires.

Les médecins sont d'ordinaires payés par abonnement, et le prix de l'abonnement varie entre 2 et 4 francs par an. Dans ces conditions, quel peut être le prix de revient de chaque visite ou consultation?

En 1885, le Dr Béraud prouvait que les Sociétés pouvaient requérir le médecin à toute heure, moyennant 50 centimes par tête et par an. Le Dr Leblond signalait récemment une Société qui pour 3.000 francs avait 7.000 consultations ou visites.

Les médecins de Chambéry viennent de se révolter contre cet état de chose, et sur l'initiative du Dr François Carret ils ont pris une mesure radicale.

S'inspirant d'une délibération récente du Conseil général qui fixe pour toute la Savoie le tarif d'assistance médicale pour les pauvres et arrête à 1 fr. 50 la visite du jour, ils ont déclaré que « il y aurait indignité et humiliation pour les docteurs en médecine et les Sociétés de secours mutuels de ne pas fixer le prix des honoraires médicaux au dessus ou tout au moins au niveau du tarif des indigents ».

Il a donc été décidé que, à partir du 1er janvier 1895, les médecins de Chambéry cesseront de donner leurs soins aux membres des Sociétés de secours mutuels *au-dessous* du tarif suivant :

Consultation au cabinet du médecin ou visite de jour : 1 fr. 50;

Consultation avec un confrère ou visite de nuit : 5 francs.

En surplus, on ajoutera 3 francs pour une opération de petite chirurgie; 10 francs pour une réduction de luxation ou la mise en appareil d'une fracture (tarif des indigents).

Les médecins coalisés ajoutent :

« Le corps médical précise qu'en donnant son concours au but humanitaire poursuivi par les Sociétés, il doit néanmoins sauvegarder les intérêts matériels et la dignité de la profession :

« Qu'il n'accepte le tarif indiqué que comme à compte sur les honoraires qui lui sont légitimement dus, et qu'il se réserve d'en demander le complément aux sociétaires patrons et aux sociétaires notoirement aisés, en position de le payer d'une manière intégrale ».

Ampliation de la décision des médecins a été adressée à chacun des présidents des Sociétés de Chambéry.

Voilà un exemple bon à suivre. Le tout est de s'entendre.

Ophthalmologie. — MM. les Drs Rochon Duvigneaud et A. Terson recommenceront le samedi 17 novembre à 5 heures du soir, à l'Hôtel Dieu, leur cours pratique d'ophtalmologie comprenant :

1° Examen fonctionnel de l'œil et réfraction, ophtalmoscopie clinique (avec malades);

2° Anatomie normale et pathologique, bactériologie clinique (au laboratoire).

Exercices de médecine opératoire.

Durée du cours : environ six semaines.

S'inscrire d'avance tous les matins à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 52, rue Jacob, son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 13 novembre à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de 3 h. 1/2.

On s'inscrit pour les exercices pratiques les mêmes jours à la clinique de 3 heures à 5 heures.

— Notre confrère E. Duval, fondateur de l'Institut hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe, nous prie d'annoncer que son établissement, si avantageusement connu de nos confrères, est désormais transféré 15, rue Châteaubriand (avenue des Champs-Elysées). Salle de douches installée sur le dernier modèle, eau à toute température.

Nécrologie. — Le Dr Mouton, de Nice. — Le Dr Assada (Joseph), de Givors (Rhône), reçu en 1886. — Le Dr Venet, de Paris, reçu en 1865. — Le Dr Beaumevielle, de Rivière (Aveyron). — Le Dr Eon, médecin chef de l'hôpital militaire de Gafsa. — M. Normand, médecin à Savron (Mayenne), reçu en 1846. — M. Brillet, médecin à Jarzé (Maine-et-Loire), reçu en 1885. — Le Dr Rebory père, de Digne, reçu en 1848. — Le Dr d'Heurle, de Paris, décédé à l'âge de 76 ans. — Le Dr Bonamy, de Ligueil (Indre-et-Loire), reçu en 1876.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde. Menstruations douloureuses. Rachitisme. Affections scrofuleuses. Diarrhée.**

CHOUSSY **LA BOURBOULE** **PERRIÈRE**
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

L'EAU PURGATIVE de VICHY ou VICHY-PURGATIF est le purgatif le plus doux et le plus sûr qu'on puisse trouver.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*